Ein Fall

von

Hämatom des Ligamentum latum.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung

der

Doktorwürde

in der

Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe

unter dem Präsidium

von

Dr. Johann von Säxinger

o. ö. Professor der Geburtshilfe und Vorstand der Frauenklinik.

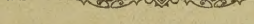
Der medizinischen Fakultät in Tübingen

vorgelegt

von

Friedrich Hermanni

approb. Arzt aus Biebrich a. Rh.



Tübingen, 1891.

Verlag von Franz Pietzcker.

Ein Fall

von

Hämatom des Ligamentum latum.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung

der

Doktorwürde

in der

Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe

unter dem Präsidium

von

Dr. Johann von Säxinger

o. ö. Professor der Geburtshilfe und Vorstand der Frauenklinik.

Der medizinischen Fakultät in Tübingen

vorgelegt

von

Friedrich Hermanni

approb. Arzt aus Biebrich a. Rh.

Tübingen, 1891.

Verlag von Franz Pietzcker.

Druck von W. Armbruster & O. Riecker in Tübingen.

In der Tübinger gynäkologischen Klinik kam im Sommersemester 1891 ein Fall zur Beobachtung, der aus verschiedenen Gründen von Herrn Professor Dr. von Säxinger der Veröffentlichung für wert erachtet und mir zu diesem Zwecke von demselben übergeben wurde. Einmal ist derselbe in Bezug auf die Diagnose ein sehr selten beobachteter Fall, dann aber ist er auch durch seine Ätiologie von grossem Interesse. Es handelt sich nämlich um ein Hämatom des Ligamentum latum bei einer Nulliparen, infolge Überanstrengung während der Menstruation entstanden.

Ich lasse gleich die

Krankengeschichte

folgen:

Anna Maier aus Güldstein, O.A. Herrenberg, 21 Jahre alt, ledig, 0 para. Anamnese (30. VI. 91): Die Periode trat im 15. Jahre ein und war bis vor 6 Wochen immer regelmässig dreiwöchentlich; im ersten Jahre dauerte dieselbe nur 3 Tage, seit dem 16. Jahre jedoch 8 Tage lang mit starkem Blutverlust und Schmerzen im Unterleib. Mit dem 16. Jahre trat Patientin in einen schweren Dienst ein und musste streng arbeiten, worauf sie die längere Dauer der Periode zurückführt. Geboren oder abortiert hat Patientin nicht, die Periode ist nie ausgeblieben.

Vor ungefähr 6 Wochen trat die Periode zur richtigen Zeit ein; nachdem dieselbe einige Tage da war, musste Patientin auf dem Felde ein schweres Grasbündel vom Boden aufheben; gleich darauf verspürte sie stechende Schmerzen in der rechten Seite; auch musste sie mehrmals erbrechen. Seither, also seit 6 Wochen,

blutet Patientin unregelmässig, die Blutung ist einmal profus, dann lässt sie wieder von selbst nach; ganz aufgehört hat sie in diesen 6 Wochen noch nie.

Patientin kann seit der Erkrankung wegen der Schmerzen im Unterleib und im Kreuz nicht mehr arbeiten; durch den anhaltenden Blutverlust ist sie sehr geschwächt worden und bekommt oft Herzklopfen.

Der Stuhlgang ist sehr schmerzhaft, immer hart und fest.

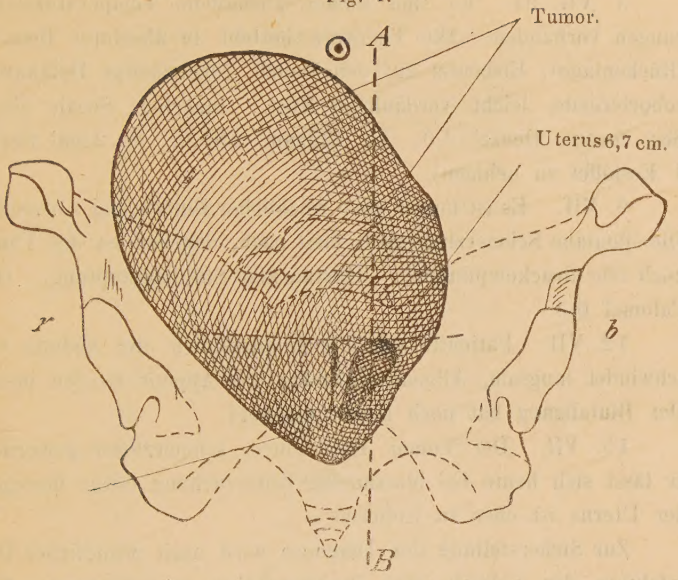
Status praesens: Patientin sieht verblutet, blass aus, die Schleimhäute sind anämisch. Abendliche Temperatursteigerungen über 38,0°. Äusserlich fühlt man in der rechten Unterbauchgegend einen zweifaustgrossen, prallen, sehr schmerzhaften Tumor von glatter Oberfläche, der die rechte Unterbauchgegend nahezu vollständig ausfüllt und nach oben bis zum Nabel reicht; links fällt der äussere Tumorrand steil schräg ab. Der Tumor ist von aussen nicht beweglich.

In der Scheide liegt altes geronnenes, etwas übelriechendes Blut. Der Vaginalteil steht nach links extramedian, der Uterus ist hinter die Symphyse nach oben dislociert; er liegt der Hinterfläche der Symphyse an, ist anteflectiert, 6,7 cm lang. Innerlich fühlt man im Douglas ein kegelförmiges Segment des Tumors; derselbe füllt die rechte Beckenhälfte nahezu vollständig aus, reicht jedoch nicht ganz bis an die Beckenwand heran. Der Tumor überschreitet die Mittellinie und nimmt auch einen Teil der linken Beckenhälfte ein. Der Tumor erscheint bei der bimanuellen Untersuchung gut zweifaustgross; seine Oberfläche ist glatt, schmerzhaft; von innen fühlt er sich sehr prall an und hat eine festweiche Consistenz; manchmal bekommt man das Gefühl von Fluktuation.

Der Uterus liegt der vorderen unteren und seitlichen Convexität des Tumors auf, ist durch ihn an die Symphyse und nach oben und links verdrängt, und mit dem Tumor in engem Zusammenhang; er lässt sich nur sehr wenig für sich bewegen.

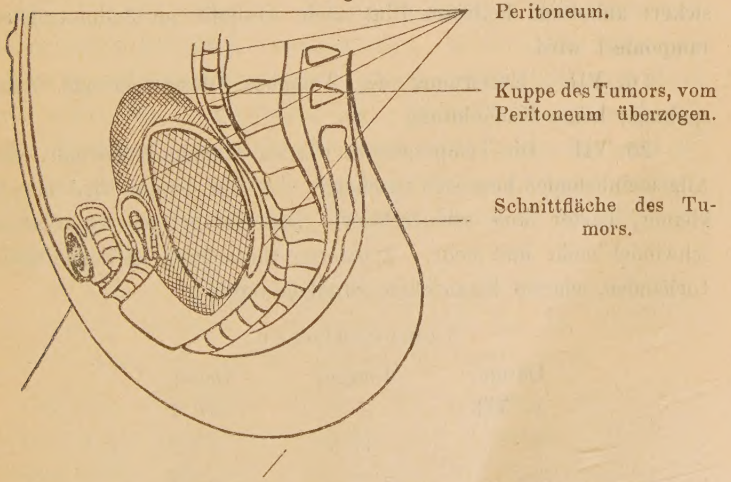
Vom Mastdarm aus erscheint der Tumor noch mehr fluktuierend, als von der Scheide; der Douglas ist kugelförmig vorgewölbt, das Rectum nach links verdrängt und komprimiert.

Fig. 1.



AB Ebene des Sagitalschnittes Fig. 2.
Tumor und dislocierter Uterus in ein Beckenschema eingezeichnet.

Fig. 2.



Sagittalschnitt, gedacht in einer Ebene circa 1 Finger breit links von der Medianebene (siehe Fig. 1). (Der Uterus ist der Übersichtlichkeit halber so eingezeichnet, als wäre er durch den Schnitt in der Ebene seiner Längsaxe getroffen, während er in Wirklichkeit durch den gedachten Schnitt schief (siehe Fig. 1) getroffen würde.)

5. VII. 91. Es sind immer abendliche Temperatursteigerungen vorhanden. Die Therapie besteht in absoluter Bettruhe (Rückenlage), Eisbeutel auf den Bauch, regelmässige Defäkation, roborierende, leicht verdauliche Kost. Innerlich Secale (Extr. Sec. cornut. Denzel 2,0, Aq. Cinnam. 180,0. S. 2 mal täglich 1 Esslöffel zu nehmen).

9. VII. Es ist immer noch reichlicher Blutabgang vorhanden. Die spontane Schmerzhaftigkeit lässt nach, dagegen ist der Tumor noch sehr druckempfindlich. Hartnäckige Stuhlverstopfung. Ord. Calomel 0,5.

12. VII. Patientin erholt sich allmählich, die Anämie verschwindet langsam, Allgemeinbefinden und Appetit werden besser. Der Blutabgang hat noch nicht aufgehört.

15. VII. Der Tumor ist kleiner, schmerzloser geworden; er lässt sich heute bei bimanueller Untersuchung etwas bewegen; der Uterus ist eher zu isolieren.

Zur Sicherstellung der Diagnose wird nach gründlicher Desinfektion der Scheide eine Probepunktion vorgenommen. Eine grössere Spritze wird in das Segment eingestochen (per vaginam) und es lässt sich flüssiges Blut aspirieren. Aus der Stichöffnung sickert anhaltend hellrotes Blut nach, weshalb mit Jodoformgaze tamponiert wird.

16. VII. Entfernung des Tampons, desinfizierende Ausspülung; keine Nachblutung.

20. VII. Die Temperaturen werden allmählich normal; das Allgemeinbefinden hebt sich zusehends. — Der Tumor wird immer kleiner, härter und schmerzloser. Das Gefühl der Fluktuation schwindet mehr und mehr. Zeitweiser Blutabgang ist immer noch vorhanden, ebenso hartnäckige Stuhlverstopfung.

Temperaturen:

Datum.	Morgens.	Abends.
1. VII.	—	38,3
2. „	37,5	38,2
3. „	—	37,9
4. „	37,9	38,1
5. „	37,4	38,0

Temperaturen:

Datum.	Morgens.	Abends.
6. VII.	37,0	37,8
7. „	37,6	38,2
8. „	37,2	37,7
9. „	37,4	38,0
10. „	—	37,6
11. „	37,1	37,6
12. „	37,3	37,5
13. „	37,1	37,6
14. „	37,1	37,1
15. „	37,1	37,3
16. „	—	37,6
17. „	37,1	37,6
18. „	37,1	37,6
19. „	—	37,3
20. „	—	37,3
21. „	—	37,5
22. „	—	37,6.

In der folgenden Zeit bessert sich das Befinden der Patientin zusehends. Die Zeichen der Anämie schwinden mehr und mehr und machen einem blühenden Aussehen Platz. In den ersten Tagen des August hat Patientin ihre Periode, zwar achttägig und stark, doch nicht anders, als sie es gewohnt war. Seitdem ist kein Blutabgang mehr vorhanden. Der Stuhl, der immer noch hartnäckig verstopft ist, muss durch Darreichung von Bitterwasser in Gang gehalten werden. Ausserdem bekommt Patientin Secale in der oben angegebenen Dosis weiter.

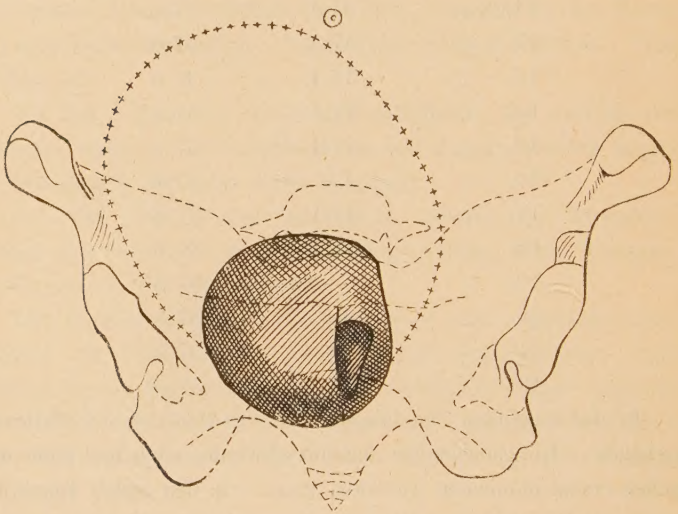
29. VIII. Patientin sieht blühend aus, Allgemeinbefinden und Appetit vorzüglich. Patientin, welche bei der Aufnahme 112 Pfd. wog, hat jetzt ein Gewicht von 121½ Pfd.

Befund: Der Tumor ist nur noch faustgross, mehr kuglig, von festweicher Consistenz, auf Druck etwas schmerzhaft, besonders an einer Stelle links oben. Der anteflectierte Uterus steht noch etwas extramedian, ist tiefer und mehr von der Symphyse abgerückt; er ist gut zu isolieren, für sich beweglich. Der Tumor ist beweglicher, als früher; die linke Beckenhälfte ist fast voll-

kommen frei, während der Tumor rechts noch bis an die Beckenwand herangeht.

Vom Rectum aus, welches nicht mehr nach links verdrängt erscheint, sind diese Verhältnisse noch deutlicher als per vaginam zu erkennen.

Fig. 3.



Der Tumor, nach der Untersuchung vom 29. VIII. in ein Beckenschema eingezeichnet. Zum Vergleich ist auch die frühere Grenze des Tumors eingezeichnet.

Betrachten wir an der Hand der vorstehenden Krankengeschichte den Fall kritisch, so ist aus der Anamnese hervorzuheben, dass wir es mit einem 21jährigen Mädchen zu thun haben, welches nie geboren oder abortiert hat und welches keinerlei Zeichen von Varicositäten, weder Hämorrhoiden noch Varicen an den Schenkeln darbietet.

Die Patientin ist seit ihrem 16. Jahre sehr stark, mit jedesmaligem grossen Blutverlust menstruiert, die Periode dauert immer 8 Tage lang, alles Zeichen, dass die menstruelle Congestion nach den Unterleibsorganen immer eine sehr grosse gewesen ist.

Während einer solchen starken Menstruation traten bei einer körperlichen Überanstrengung plötzlich Schmerzen in der rechten Unterbauchgegend und Erbrechen ein. Seither hat die Blutung nicht mehr aufgehört, sondern dauerte in mehrweniger hohem Grade fort. Seit jenem Anfall kann Patientin wegen Leib- und Kreuzschmerzen nicht mehr arbeiten und ist durch den Blutverlust sehr geschwächt; sie bietet alle Zeichen der Anämie dar.

Bei der äusseren sowie der inneren und bimanuellen Untersuchung findet sich ein stark zweifaustgrosser, schmerzhafter Tumor mit glatter Oberfläche in der rechten Unterbauchgegend, welcher den Uterus nach links, oben und vorn an die Symphyse angedrängt und denselben auch etwas in die Länge gezogen hat (6,7 cm). Die Wand des Tumors fällt nach links steil ab; die rechte Beckenhälfte füllt er fast vollständig aus; es lassen sich jedoch bei der bimanuellen Untersuchung die Finger vor der rechten Linea innominata noch nahezu zusammenbringen. Ein Segment des Tumors lässt sich im Douglas abtasten, das linke Parametrium ist vollkommen frei. Die Consistenz des Tumors ist eine festweiche, zeigt an einzelnen Stellen, namentlich vom Rectum aus, Fluktuation.

Wenden wir uns nun der wichtigen Frage zu, als was dieser Tumor zu deuten ist, so kommen bei der Diagnose, wenn nur der physikalische Befund ins Auge gefasst wird, in Betracht: Parametritisches Exsudat, intra- oder extrauterine Schwangerschaft, Hämatometra, Retentionsgeschwülste der Tuben, Ovarialkystom, Neoplasmen des Uterus, Hämatocele retrouterina, intraperitoneales und schliesslich extraperitoneales Hämatom.

Die ersterwähnte Gruppe dieser Krankheitsformen, entzündliche Erkrankungen des Genitalapparates, Para- und Perimetritis, lässt sich sofort ausschliessen. Wenn

auch spontane und Druckschmerzen verhanden sind, so spricht doch die Grösse des Tumors an sich schon sehr gegen die Annahme eines parametritischen Exsudates, zumal, da auch die vorhandenen Temperatursteigerungen zu geringe sind, um für die Diagnose einer entzündlichen Erkrankung verwertet werden zu können. Dabei sehen wir noch ganz ab von den aus der Anamnese gegebenen Thatsachen, welche mit der erwähnten Diagnose nicht in Einklang zu bringen wären.

Auch für Schwangerschaft finden sich keine genügenden Anhaltspunkte. Der plötzliche Beginn des Leidens, sowie die Thatsache, dass die Periode bis dahin nie ausgeblieben ist, lassen den Gedanken daran kaum aufkommen. Es müssten denn ganz abnorme pathologische Verhältnisse vorliegen. Wenn wir intrauterine Gravidität annehmen wollten, so könnte es sich nur um einen Uterus septus mit Schwangerschaft in einer Abteilung desselben handeln; extrauterine Schwangerschaft könnte allenfalls einen ähnlichen physikalischen Befund ergeben. Für beide Annahmen müsste das Fortbestehen der Periode durch Geschwulstbildung in der Uteruswand oder ähnliches erklärt werden, eine Annahme, welche in den thatsächlichen physikalischen Verhältnissen keine Grundlage hat. Gegen Extrauterin-Schwangerschaft spricht ausserdem noch der Umstand, dass Krankheitssymptome längere Zeit bestanden haben, was bei Graviditas extrauterina nicht der Fall sein würde, da bei dieser Krankheitserscheinungen überhaupt nicht auftreten, oder wenn sie eintreten, gewöhnlich rasch den exitus letalis herbeiführen. Ausserdem wäre für eine soweit vorgeschrittene Extrauterinschwangerschaft der Uterus lange nicht vergrössert genug. Zum Überfluss fehlen die Schwangerschaftszeichen an den äusseren Genitalien, Gefässerweiterungen, Weinhefenfarbe der Scheidenschleimhaut etc. voll-

ständig. Nach dem Gesagten können wir also eine Gravidität, sei es nun intra- oder extrauterine, mit Bestimmtheit ausschliessen.

Des Ferneren ist bei der Differentialdiagnose zu berücksichtigen eine Hämatometra. Diese könnte nach dem physikalischen Befund nur in einem atresierten Horn eines Uterus bicornis vermutet werden. Das späte Auftreten der Hämatometra wäre nach Schröder [1]) dann so zu erklären, dass das verschlossene Horn früher gar nicht oder nur spärlich menstruierte und erst von einem bestimmten Zeitpunkt an (vielleicht durch Cohabitation) die Menses eintraten oder stärker wurden. Gegen diese Diagnose spricht jedoch ausser dem plötzlichen, an eine bestimmte Veranlassung anknüpfenden Auftreten vor Allem der physikalische Befund. Wie eine Hämatometra lateralis einen derartigen Tumor darstellen könnte, ist nicht einzusehen. Auch ist der Uterus für sich, wenn auch nur sehr wenig, beweglich und ist gegen die Geschwulst zu isolieren, nachdem dieselbe kleiner geworden ist.

Auch eine Retentionsgeschwulst der Tube, also Hydro-, Hämo- oder Pyosalpinx, lässt sich vielleicht ausschliessen. Eine solche Tubengeschwulst könnte einen dem unsrigen recht ähnlichen Befund machen, wenn wir annähmen, dass die erweiterte, mit Flüssigkeit gefüllte Tube im Douglas angeheftet, mit der Beckenwand verwachsen sei. Nichts destoweniger müsste man dabei im Scheidengewölbe den für Tubenerweiterung so charakteristischen darmähnlichen Wulst fühlen; in unserm Fall dagegen haben wir ein glattes Segment eines Tumors im Douglas. Auch aus der Anamnese lassen sich gewichtige Gründe

1) C. Schröder, Handbuch der Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane. IX. Aufl. S. 431.

gegen diese Auffassung geltend machen, so das plötzliche Auftreten der Erkrankung, während bei Tubengeschwulst eine allmähliche Entstehung mit sich immer mehr steigernden Schmerzen zu erwarten wäre u. s. w.

Der gegen Hydrosalpinx etc. zuletzt angeführte Grund spricht ebenso entschieden gegen ein Ovarialkystom. Würden wir annehmen, dass ein solches mit dem Douglas und der Beckenwand adhärent oder im Douglas eingeklemmt wäre, so könnte der Befund ein ganz ähnlicher sein, wie im vorliegenden Fall. Doch der plötzliche Eintritt der Erkrankung schützt uns vor der Diagnose eines Kystoms, zumal die Consistenz unseres Tumors nicht die charakteristische Fluktuation eines solchen zeigt.

Des Weiteren kämen für die Diagnose noch in Betracht Neubildungen, namentlich das interligamentäre Fibromyom des Uterus. Gegen diese Diagnose sichert uns erstens die akute Entstehung des Leidens, zweitens die festweiche, an einzelnen Stellen fluktuierende Consistenz des Tumors, drittens der Umstand, dass sich der Uterus noch etwas isoliert bewegen lässt, und schliesslich der Verlauf der Erkrankung. Aus ähnlichen Gründen sind bösartige Geschwülste bei der Diagnose ausgeschlossen; dazu kommt noch, dass wir es mit einem kräftigen, zwar anämischen, aber keineswegs kachektischen Individuum zu thun haben.

Nachdem wir so alle oben erwähnten Erkrankungen als nicht zutreffend von der Diagnose ausgeschlossen haben, bleibt uns nur noch übrig die Diagnose eines Blutergusses. Und in der That stimmen mit dieser Diagnose sehr viele Erscheinungen überein. Da ist vor Allem das plötzliche Auftreten der Erkrankung und in ihrem Gefolge die rasch zunehmenden Erscheinungen der Anämie. Ferner trat der Anfall zur Zeit der Menstrua-

tion ein, welche immer sehr stark und profus war; im Anschluss an den Anfall hörte die Periode nicht zur richtigen Zeit auf, sondern es trat eine Metrorrhagie ein, die bis zur Aufnahme in die Klinik schon 6 Wochen gedauert hatte. Wir haben also erhebliche Veränderungen der Circulation. Ferner ist die Geschwulst im Becken rasch gewachsen, eine Erscheinung, die einem Bluterguss zukommt, so dass sich bald eine Stuhlverstopfung und schmerzhafte Defäkation einstellte, welche nur durch Druck des Tumors auf das Rectum zu erklären ist.

Diese Vermutung wurde dann auch bestätigt durch die am 15. VII. 1891 vorgenommene Probepunktion, bei welcher aus der Geschwulst flüssiges Blut aspiriert wurde. Damit war aber noch nicht die Diagnose entschieden. Es handelt sich nämlich darum, ob wir es mit einem intraperitonealen abgekapselten Bluterguss oder mit einem Bluterguss ins subperitoneale Beckenzellgewebe, resp. zwischen die Blätter des Ligamentum latum zu thun haben.

Halten wir uns die Verhältnisse bei Hämatocele retrouterina intraperitonealis vor Augen, so haben wir dabei folgende charakteristischen Symptome: Ein solcher abgekapselter Bluterguss stellt sich dar als eine Geschwulst, welche das ganze kleine Becken ausfüllt, gewissermassen einen Ausguss des Douglas'schen Raumes darstellt und denselben besonders im hinteren Scheidengewölbe mehrweniger tief herabdrängt. Man fühlt deshalb von der Scheide aus meist einen rundlichen, fast nierenförmig die Portio umgreifenden Tumor. Von den Bauchdecken aus ist er nur selten zu umgrenzen, da er durch unter einander verklebte Darmschlingen abgekapselt ist.

Alle diese Kriterien treffen für unsern Fall nicht zu. Wir fühlen durch die Scheide ein kegelförmiges

Segment eines Tumors, und zwar nach rechts, nicht aber eine in der Mitte und hinten am tiefsten stehende Geschwulst. Von aussen fühlt man einen genau zu umtastenden glatten Tumor in der rechten Beckenhälfte, welcher dachförmig nach links abfällt und auch nach rechts gegen die Linea innominata hin scharf zu umgrenzen ist. Der Uterus ist nach oben, vorn und links hinaufgedrängt, liegt der Convexität des Tumors nach vorn unten und links an und ist mit der Geschwulst, auch in geringem Masse für sich, beweglich. Bei Haematocele intraperitonealis würde der Uterus dagegen nicht mit dem Tumor beweglich sein.

Nach allen diesen Erwägungen müssen wir uns für die Diagnose eines Haematoma extraperitoneale entscheiden, und zwar muss der Sitz desselben das Zellgewebe zwischen den beiden Blättern des rechten Ligamentum latum sein, da die linke Beckenhälfte, sowie das linke Parametrium vollständig frei sind. Der Tumor ragt nur durch seine Grösse auf die linke Seite hinüber und hat den Uterus dahin verdrängt. Diese Diagnose wird bestätigt durch den ganzen Verlauf und den späteren Befund (s. Figur 3.)

Was in unserm Fall von besonderem Interesse ist, ist der Umstand, dass Patientin, wie schon oben betont, weder geboren noch abortiert hat. Diese Beckenblutergüsse kommen in der weitaus grössten Zahl aller Fälle nur bei Frauen vor, welche schon geboren haben.

Stellen wir die in der Litteratur aufzufindenden Fälle von extraperitonealen Beckenblutergüssen tabellarisch zusammen (siehe Anhang) und betrachten wir sie besonders im Hinblick auf ihre Ätiologie, so ergiebt sich folgendes:

Wir haben im Ganzen mit dem unsrigen 44 Fälle (ausser den in die Tabelle aufgenommenen noch 12 Mar-

tin'sche Fälle, davon 9 publiziert von Martin[11]), 3 von dessen Schüler Düvelius[14]); dieselben sind aus der Tabelle fortgelassen, da sie von den Verfassern nur tabellarisch gegeben werden und für den Gesichtspunkt, von dem aus wir sie betrachten, nicht von Interesse sind, weil Patientinnen alle geboren hatten).

Unter diesen 44 Fällen finden sich 2, Nr. 3 und Nr. 13, in denen nur ein Sektionsbericht vorliegt, und alle Angaben über vorausgegangene Geburten oder den Zustand des Uterus fehlen. Sie können also nicht in unsere Betrachtung hineingezogen werden.

Ausserdem sind folgende Fälle darunter, in denen eine Geburt vorher nicht stattgehabt hatte: Es sind die Nummern 2, 9, 11, 18, 19, 22, 32.

Von diesen Fällen ist in Fall 2, wie schon Schickler[16]) bemerkt, ein Trauma als ätiologisches Moment nicht auszuschliessen — es fehlt jede Anamnese bei der an Typhus gestorbenen Person. In Fall 9 wird ausdrücklich ein Trauma als Ursache angegeben. Im Fall 18 ist ein Fall während der Menses, im Fall 19 stürmischer erster Coïtus während der Periode, also höchstwahrscheinlich auch ein direktes Trauma als Ursache angegeben.

Es bleiben noch übrig die Fälle 11, 22, 32. In diesen fehlt ausser dem ätiologischen Moment einer vorausgegangenen Geburt, ein Trauma als Ursache. Bei allen 3 Fällen aber ist ein Zusammenhang mit der Menstruation, der Zeit der grössten Blutfülle in den Unterleibsorganen, unverkennbar. Bei Fall 11 tritt der Bluterguss zur Zeit der erwarteten, aber nicht eintretenden Periode auf; er wird von Paschkis als eine vikariierende Blutung ins Beckenbindegewebe aufgefasst, welche aus einem zur Zeit der menstruellen Congestion geborstenen Gefäss des Ple-

xus uterinus stamme. Eine Ursache für diese Berstung fehlt.

Im Fall 22 ist die Periode seit Jahren immer schmerzhafter geworden, bis diese Schmerzhaftigkeit Patientin in die Klinik führte. Dort wird der Tumor konstatiert und die Diagnose eines Beckenblutergusses durch die Probepunktion bestätigt. Auch hier fehlt eine direkte Veranlassung, doch steht die Erkrankung jedenfalls in engem Zusammenhang mit der Schmerzhaftigkeit der Periode.

In Fall 32, dem unsrigen, schliesslich, trat ein Bluterguss während einer, wie gewöhnlich, starken Menstruation ein, im Anschluss und wahrscheinlich verursacht durch eine Überanstrengung der Bauchpresse durch Heben einer schweren Last.

Solange nicht ein anderer Grund für derartige Fälle, etwa Strukturveränderungen der Gefässwandungen oder ähnliches, nachgewiesen wird, müssen wir annehmen, dass körperliche Überanstrengung genügt, um ein während der menstruellen Congestion strotzend gefülltes Gefäss zum Bersten zu bringen. Es ergiebt sich daraus für die Prophylaxe der Beckenblutungen der wichtige Satz, dass Individuen, welche stark menstruiert sind, vor körperlicher Überanstrengung während der Periode besonders zu warnen sind.

Noch ein Punkt ist zu erörtern, die Frage der Therapie der extraperitonealen Blutergüsse. Es stehen sich dreierlei Behandlungsweisen gegenüber, die exspectative Therapie, die Behandlung mittelst Incision von der Scheide aus, empfohlen von Zweifel [13]) und die Laparatomie, für welche A. Martin [11]) und sein Schüler Düvelius [14]) eintreten.

In unserm Fall wurde die exspectative Therapie eingehalten, — mit gutem Erfolge; der Tumor hat sich

innerhalb 2 Monate um über die Hälfte verkleinert und das Befinden der Patientin ist ein vorzügliches geworden; immerhin wird es noch mindestens 1 Monat dauern, bis Patientin als geheilt betrachtet werden kann. Ähnliche Resultate haben die veröffentlichten Fälle, welche exspectativ behandelt wurden, ergeben.

Angesichts dieser langen Behandlungsdauer bei zuwartender Therapie fragt es sich nun doch, ob nicht, um den Patienten ein so langes Krankenlager zu ersparen, in allen Fällen ein radikaleres Verfahren am Platze ist. Welcher von beiden vorgeschlagenen Operationen, der Zweifel'schen oder der Martin'schen der Vorzug zu geben ist, möchte ich nicht entscheiden; nach ihren Erfolgen, wie sie in der Litteratur niedergelegt sind, halten sie sich die Wage.

Zum Schlusse sei es mir gestattet, meinen hochverehrten Lehrern, Herrn Professor Dr. von Säxinger und Herrn Assistenzarzt Dr. Winternitz, ersterem für die gütige Anregung dieser Arbeit, letzterem für die freundliche Unterstützung bei Abfassung derselben, meinen tiefstgefühlten Dank auszusprechen.

Litteratur.

1. C. Schröder: Handbuch der Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane. IX. Auflage 1889.

2. Betschler: Klinische Beiträge zur Gynäkologie I. Breslau 1862 (Seite 136).

3. Ott: Die periuterinen und retrovaginalen Blutergüsse. I.-D. Tübingen 1864 (Seite 13).

4. Beigel: Archiv für Gynäcologie XI. (Seite 377).

5. Olshausen: Archiv für Gynäcologie I. (Seite 13 und Seite 17 im Separatdruck.)

6. Kuhn: Über Blutergüsse in die breiten Mutterbänder und in das den Uterus umgebende Gewebe. Zürich 1874.

7. Dressler: Ärztliche Mitteilungen aus Baden Nr. 8, 1874 (Seite 59), ref. in Schmidts Jahrbüchern 164 (Seite 165).

8. Paschkis: Allgemeine Wiener Medizinische Presse Nr. 33.

9. Johannovsky: Prager Vierteljahrsschrift 1878, 138 (Seite 47), ref. in Schmidts Jahrbüchern 179 (Seite 40).

10. Konrád: Pester medizinisch-chirurgische Presse 1881 Nr. 29, ref. im Centralblatt für Gynäcologie 1881 (Seite 574).

11. A. Martin: Das extraperitoneale periuterine Hämatom. Stuttgart, Verlag von Fr. Enke 1882.

12. Baumgärtner: Deutsche medizinische Wochenschrift Nr. 36, 2. IX. 1882.

13. Zweifel: Archiv für Gynäcologie. Band XXII. 1883 (Seite 185).

14. Düvelius: Archiv für Gynäcologie. Band XXIII. 1884 (Seite 108).

15. Gusserov: Archiv für Gynäcologie. Band XXIX. 1887 (Seite 389).

16. Schickler: Über Hämatocele retrouterina. I.-D. Tübingen 1887.

17. Bolte: Beitrag zur Ätiologie und operativen Behandlung der Hämatocele retrouterina. I.-D. Kiel 1889.

Für die Beschaffung des grössten Teils der einschlägigen Litteratur bin ich Herrn Fr. Pietzcker (Inhaber der A. Moser'schen Buch- und Antiquariatshandlung, Tübingen) zu besonderem Danke verpflichtet.

Tabellarische Übersicht über die bisher veröffentlichten Fälle von extraperitonealem Hämatom.

Nro.	Autor.	Alter.	Geboren zuletzt?	Menses früher und zuletzt.	Ursache.	Erscheinungen.	Blutungen.	Schmerzen.	Physikalischer Befund.	Therapie.	Ausgang.	Bemerkungen.
1	Betschler[2])	34 J.	1mal vor 8 Wochen.	Menses immer stark.	Überanstrengung.	Plötzliche Schmerzen, Stuhl- und Harndrang, Ohnmacht und Schwächegefühl.	Keine Blutungen.	Schmerzen von Beginn der Erkrankung an. Stetes Drängen zum Stuhlabsetzen.	Retrovaginaler Tumor von mittlerer Consistenz, in der Mitte weicher, fast fluktuierend; Uterus hoch hinaufgedrängt.	Exspectativ.	Perforation in die Scheide. Heilung.	Citiert nach Kuhn[8]) pag. 6.
2	Ott [3])	28 J.	Uterus virginell.	—	—	—	—	—	Septum rectovaginale.	—	—	Zufälliger Befund bei anatom. Studien.
3	Beigel [4])	32 J.	—	—	—	—	—	—	Ala vespertilionis sinistra, 8 cm. lang, 2,5 cm. breit.	—	—	Citiert nach Martin[11]) p. 4.
4	Olshausen [5])	42 J.	9mal, 2 Aborte, zuletzt vor 1½ J.	Profus; gewöhnlich zu früh eintretend und zu lange dauernd.	Heftiger Fall während profuser Menstruat.	Schnell auftretende Symptome innerer Blutung und einer Beckengeschwulst.	Suppressio mensium.	Schmerzhafte Defäkation.	Beiderseits ein faustgrosser Tumor, welcher in der Mittellinie zusammenhängt. Von der Scheide aus ein faustgrosser Tumor von halbfester Consistenz zu fühlen. Uterus nach vorn gedrängt.	Exspectativ.	Resorption nach 10 Wochen.	
5	Olshausen l. c.	28 J.	1mal vor 6 Jahren.	Immer regelmässig ziemlich stark.	(Pat. hatte 2 bis 3 Tage zuvor heftig gefiebert).	Anämie.	Profuse Menses.	Vor den folgenden Menses jedesmal heftige Leibschmerzen.	Anteuteriner Tumor, der das vordere Scheidengewölbe nach abwärts drängt, nach oben kuglig endet, 2½–5 cm die Symph. überragend. Uterus stark nach hinten gedrängt.	Exspectativ.	Resorption in 3 Monaten.	
6	Kuhn [6]) Fall X.	40 J.	1mal vor 15 J.	3wöch. 4 bis 5täg. schwach, schmerzhaft.	Magenüberfüllung während der Menses.	Plötzlich heftige Krämpfe im Leib. Schwäche.	Menses cessieren nicht, sondern es stellt sich Metrorrhagie ein.	Periodische Schmerzen.	In jeder Iliacalgegend ein teigiger Tumor; hinteres Scheidengewölbe tief herabgedrängt durch einen 2faustgrossen Tumor, welcher mit den beiden äusserlich gefühlten zusammenhängt. Uterus nach vorn gedrängt, bogenförmig nach hinten gekrümmt.	Exspectativ, dann Punction.	Tod durch Perforations-Peritonitis.	Diagn. durch die Sektion bestätigt.
7	Kuhn, l. c. Fall XI.	52 J.	2mal.	Seit ein Jahr cessiert.	?	Plötzlich Schmerzen, später daneben Urinverhaltung.	Nur im Beginn und mässig.	Heftige Schmerzanfälle.	Von aussen: ein grosser Tumor von der Symph. bis zu den linken untersten falschen Rippen, deutlich abgerundet, oben Fluktuation zeigend; von innen: im hinteren Scheidengewölbe ein harter Tumor, mit dem von aussen fühlbaren Tumor zusammenhängend. Uterus gegen die Symphyse gepresst, etwas nach links abgewichen.	Punction.	Tod.	Diagn. durch die Sektion bestätigt.
8	Kuhn, l. c. Fall XII.	32 J.	4mal, zuletzt vor 2 Jahren.	Regelmässig 4wöchentl. stark, zuletzt 3-wöch.	?	Nach den Menses recidivierende Schmerzanfälle.	Starke Menorrhagien.	Wehenartig.	Zwei Tumoren rechts und links vor dem Uterus durch eine Brücke kommunizierend. Uterus nach hinten gedrängt.	Incision durch die Bauchwand.	Heilung.	
9	Kuhn, l. c. Fall XV.	30 J.	Steril verheiratet.	Unregelmässig mit Schmerzen, einmal 22 Wochen ausgeblieben.	Trauma gynäcologicum.	Anämie, Druck auf die Blase.	Menses unverändert.	Schmerzen nur im Anfang.	Links, dem Uterus hart anliegend, ein 2faustgrosser Tumor. Uterus ganz nach rechts und etwas nach vorn gedrängt. 7,5 cm. lang.	Exspectativ.	Resorption, beginnend.	Nicht zu Ende beobachtet.
10	Dressler [7]).	27 J.	1mal, jetzt im zweiten Monat der Schwangerschaft.	—	?	Plötzlich Schrei, Bewusstlosigkeit Anämie.	—	Schmerzen sind vorhanden.	Bis 2″ unter den Nabel reichende Geschwulst um den Uterus herum, bis an die Spinae ilei ant. sup. reichend.	Paracentese von der Bauchwand aus.	Tod durch käsige Pneumonie.	Diagn. durch die Sektion bestätigt. Citiert nach Schmidt's Jahrbüchern. 164, Seite 165.
11	Paschkis*).	16 J.	—	Tritt nicht zur erwarteten Zeit ein.	?	Zur Zeit der ausbleibenden Menses vage Leibschmerzen.	Suppressio mensium.	Schmerzen vorhanden.	Kindskopfgrosse Geschwulst, welche die linke Scheidenwand stark vorwölbt und schliesslich zwischen den Nymphen sichtbar wird.	Incision von der Vagina aus.	Heilung.	Citiert nach Martin[11]).
12	Schannovsky [9]).	36 J.	2mal.	Letzte Menses eine Woche verspätet.	Erkältung nach heissen Bädern.	Mattigkeit, Schmerzen beim Stuhl.	Verspätete Menses profus, 14 Tage dauernd.	Beckenschmerzen.	Von aussen im linken Hypogastrium ein länglicher Tumor von aussen zu fühlen; von innen im linken Scheidengewölbe als apfelgrosser Tumor, deutlich vom Uterus abgrenzbar.	Jodbehandlung. (Applikation auf Bauchhaut und Scheidenschleimhaut).	Besserung.	Citiert nach Schmidt's Jahrb. 179, Seite 40.
13	Konrad [10]). Fall I.	—	—	—	—	—	—	—	Zwischen beiden Blättern der Ligamente lata Blutextravasate, verbunden durch einen Hohlgang hinter dem Uterus.	—	—	Citiert nach Martin [11]) p. 4, der nur einen Sektionsbefund giebt.
14	Martin [11]) Fall A.	33 J.	3mal, zuletzt vor 4 Jahren.	Immer sehr schmerzhaft, stark.	?	Steigerung der gewöhnlichen Schmerzen zur Zeit der Menstr. mit Ohnmachtsanwandl.	Menses werden sehr profus, Blutung 5 Wochen ununterbrochen.	Ununterbrochen heftige Schmerzen in der linken Seite.	Ursprünglich fast beiderseitig. Resorption hinten, so dass der Tumor auf links beschränkt wird. Bei der Laparatomie findet sich die Geschwulst 2faustgross im Lig. lat. sin.	Laparatomie.	Tod durch allgemeine Peritonitis am 9. Tage nach der Operation.	
15	Martin, l. c. Fall B.	51 J.	4mal, zuletzt vor 20 Jahren.	Cessation vor 4 Jahr.	?	Seit 9 Jahren geringe Unterleibsbeschwerden, die sich in 8 Wochen plötzlich steigerten.	Blutabgang seit 6 Wochen.	Konstante Schmerzen.	Reichlich faustgrosser, dem Uterus rechts hinten aufsitzender, das rechte Lig. lat. füllender Tumor. Uterus stark verdrängt.	Laparatomie.	Tod am 3. Tag nach d. Operation.	Die Sektion ergab keine bestimmte Todesursache.
16	Martin, l. c. Fall C.	32 J.	5mal, zuletzt vor 6 Monaten.	Stark, schmerzhaft.	Roher Coïtus zur Zeit der Menses und schwere Arbeit.	Heftige Schmerzen mit Ohnmacht.	Wiederauftreten profusen Blutabgangs, der continuierlich wird.	Heftige Schmerzen, Tenesmus in Blase und Rektum. Gefühl des Vorfalls.	In der rechten Beckenhälfte ein glatter ungleichmässiger Tumor, derb, nach unten scharf zugespitzt. Uterus nach vorn und links gedrängt.	Laparatomie.	Resorption.	Die Diagnose wird bei der Operation bestätigt gefunden.
17	Martin, l. c. Fall D.	29 J.	1mal vor 4 Jahren.	Regelmässig, stark.	?	Plötzlich Harndrang, Kreuzschmerzen, Ohnmacht	Starke Blutung im Anschluss an die Menstruation; die Blutung dauert fort.	Andauernde Schmerzen.	Rechts neben dem Uterus ein kindskopfgrosser, gut abzugrenzender Tumor, glattwandig, von praller Consistenz. Uterus seitlich verlagert.	Laparatomie.	Heilung.	Die Diagnose wird bei der Operation bestätigt gefunden.
18	Martin, l. c. Tab. III, Fall 5.	20 J.	—	—	Fall kurz vor Menses, die 11 Tage andauern.	Anfänglich mässige Beschwerden.	Menorrhagie.	Heftige Leibschmerzen.	Rechts klein.	Exspectativ.	Resorption.	Martin beschreibt diesen und den folgenden Fall nicht näher.
19	Martin, l. c. Tab. III. Fall 11.	19 J.	—	—	Stürmischer erster Coïtus, während der Menses.	Plötzlich, noch während der Menses, heftige anhaltende Schmerzen, Anämie.	Lang andauernde Menses (während zwei folgenden Perioden).	Continuierliche heftige Schmerzen, Unvermögen zu sitzen und gehen.	Links, umfasst den Uterus und reicht bis rechts herüber.	Exspectativ.	Resorption nach 2wöchentlicher Bettruhe.	
20	Baumgärtner [12]).	31 J.	5mal, zuletzt vor 4 Jahren.	Seit der letzten Geburt allmählich profuser werdend.	?	Allmähliche Entwicklung von Schwächegefühl, Stuhl- und Harnbeschwerden.	3wöchentliche Menorrhagie.	Krampfhafte Schmerzen im Unterleib, welche dann kontinuierlich werden.	Oben abgerundete Geschwulst, glatte Oberfläche, elastisch weich, nach den Seiten steil abfallend. Der Tumor füllt die Kreuzbeinhöhlung aus, drängt das Scheidengewölbe nicht herab, steht im innigsten Zusammenhang mit der hinteren Uterusfläche. Beide Parametrien frei.	Laparatomie.	Heilung.	Die Diagnose wird bei der Operation bestätigt gefunden.

Nro.	Autor.	Alter.	Geboren zuletzt?	Menses, früher und zuletzt.	Ursache.	Erscheinungen.	Blutungen.	Schmerzen.	Physikalischer Befund.	Therapie.	Ausgang.	Bemerkungen.
21	Zweifel [13]), Fall I.	30 J.	9mal.	—	?	Plötzlich Übelkeit und Schwäche, nach 4 Tagen erneute grösste Prostration, anhaltendes Schwächegefühl, Anämie.	Bei Beginn der Erkrankung Blutung aus den Genitalien.	Starke Leib- und wehenartige Kreuzschmerzen.	Von aussen mehrere kleine und grössere derbe Tumoren unter einander im Zusammenhang; von innen ein kindskopfgrosser Tumor von glatter Oberfläche, der mit den von aussen gefühlten Tumoren in Zusammenhang steht. Uterus hoch hinter die Symphyse hinaufgedrängt.	Zuerst exspectativ; dann nach Perforation in's Rektum und Verjauchung, Incision von der Scheide aus mit Drainage und häufig wiederholter Carbolsäureirrigation.	Heilung.	
22	Zweifel, l.c. Fall IV.	32 J.	Virginelle Genitalien.	Seit vier Jahren immer schmerzhafter werdend.	?	3mal innerhalb 5 Jahren aufgenommen mit jedesmal demselben Befund. — Schmerzen und Urindrang.	—	Von Periode zu Periode stärker werdend.	Rechts vom $2^1/_2$ cm. langen Scheidenteil ein überfaustgrosser Tumor, der sich hart und an der tiefsten Stelle fluktuierend anfühlt.	Bei den beiden ersten Aufnahmen Jodtherapie. Bei der dritten Aufnahme Incision etc. wie im vor. Fall.	Heilung.	Patientin heiratete u. gebar zwischen der 2. & 3. Aufnahme. Die Diagnose wurde durch Probepunktion das erste mal bestätigt.
23	Düvelius [14]) Fall I.	21 J.	1mal.		Abortus?	Vier Wochen nach dem Abortus plötzlich nach Verlassen des Bettes grosse Schmerzen.	Nach dem Abortus 3wöchentl. Blutung; dann nach dem Anfall Metrorrhagie.	Zu Anfang sehr stark.	In der linken Beckenhälfte ein 2-faustgrosser prallgespannter Tumor, nach oben glatt, nach unten höckrig. Uterus nach rechts verdrängt. Der Tumor drängt das Scheidengewölbe nicht tief herab.	Laparatomie.	Heilung.	Die Diagnose auf Hämatom des linken lig. lat. wird bei der Operation bestätigt gefunden.
24	Düvelius l. c. Fall II.	33 J.	1mal.	Letzte Regel vor 4 Wochen.	?	Während der letzten Regel plötzlich Ohnmachten, retardierte Defäkation, Harndrängen.		Von Anfang an heftige Schmerzen im Kreuz und Unterleib andauernd.	Im Unterbauch rechts knollige Massen; in Verbindung damit von innen ein prallelastischer Tumor zu fühlen, der das Scheidengewölbe herabdrängt. Er läuft nach links hinter dem Uterus schmal aus. Der Tumor reicht bis an die Beckenwand, ist wenig beweglich, gegen den Uterus etwas verschieblich. Dieser ist stark nach vorn, hart hinter die Symphyse und nach links verdrängt.	Laparatomie.	Heilung.	Die Diagnose schwankte zwischen Hämatosalpinx und extraperiton. Hämatom. Letztere stellte sich bei der Operation als die richtige heraus.
25	Düvelius l. c. Fall III.	25 J.	2mal.	2 Tage vor der Erkrankung hatte die Regel aufgehört.	?	Plötzlich bei der Arbeit Ohnmachtsanwandl., heftige Schmerzen rechts. Bei der Aufnahme ist Pat. sehr verfallen und anämisch.	Mässige Blutung.	Heftige Schmerzen rechts.	Uterus leicht retroflektiert, etwas nach links verlagert, zwischen 2 Geschwülsten. Linke eigross, wenig beweglich und prallgespannt; rechte weit über faustgross. Diese sitzt fest im Ligam. latum, mässig beweglich, prall gespannt, deutlich cirkumskript; mit dem Uterus breit zusammenhängend.	Laparatomie	Heilung.	Die Wahrscheinlichkeits-Diagnose auf Häm. d. lig. lat. wird durch die Operation bestätigt gefunden. Der linke Tumor ist das vergröss. Ovarium.
26	Düvelius l. c. Fall IV.	31 J.	3mal.	Vor $1^1/_2$ Jahren Laparatomie wegen Tubo-ovarialerkr. Ovarien entfernt.	?	Vor 4 Monaten von neuem plötzlich erkrankt.	Genitalblutungen.	Oft sehr heftige Schmerzen.	Rechts faustgrosse Geschwulst, den Uterus nach links vordrängend, ragt mit der unteren Hälfte in's kleine Becken hinein, sehr wenig beweglich, nach rechts bis an's knöcherne Becken reichend.	Laparatomie.	Heilung.	Die Diagnose war auf intraling. Neubildung gestellt, doch auch an extraperiton. Hämatom gedacht worden, wegen des plötzl. Entstehens.
27	Gusserow [15]) Fall II.	37 J.	9mal, 2 Aborte.	Schmerzhaft.	?		Metrorrhagie.	Schmerzen vorhanden, bei der nächsten Regel erneute Schmerzen.	Rechts neben dem retroflektierten Uterus eine hühnereigrosse, mit der Uteruskante zusammenhängende, etwas bewegliche Geschwulst. Nach der nächsten Regel im hinteren Scheidengewölbe neben dem Uterus 2 runde Geschwülste, die linke grösser als die rechte, den Uterus nach rechts drängend, „augenscheinlich im l. breiten Mutterbande sitzend.“	Incision auf den linken Tumor von der Scheide aus und Ausräumung.	Heilung.	
28	Schickler [16]) Fall II.	29 J.	1mal vor 3 Jahren.	Seit der Geburt unregelmässig und schwach. Vor 2 Jahren ähnl. Erkrankung, wie jetzt, seitdem diese geheilt, Periode wieder regelmässig.	?	Vor 6 Tagen nach einem mehrstündigen Fussmarsch im Schnee bei schmerzhafter Periode am nächsten Morgen Ohnmacht, Schwäche, Fieber.	Kurz nach der Aufnahme Abgang von schokoladefarb. Blut mit dem Stuhl (Perforat. ins Rektum.)	Heftige Schmerzen im linken Hypogastrium, Kreuz und den Beinen.	Im linken Hypogastrium vermehrte Resistenz von innen als orangegrosser, harter Tumor von unregelmässiger Oberfläche fühlbar. Derselbe verdrängt den Uterus nach rechts und oben; geht nach links in die Beckenwand über, nach rechts ist überall zwischen ihm und der Beckenwand durchzutasten.	Exspectativ.	Nach 2maligem Recidiv Resorption nach 6 Monaten.	
29	Bolte [17]) Fall IV.	33 J.	1mal vor $6^1/_2$ Jahr.	Stets 4-wöch. 4täg. Vor 7 Wochen nach 5wöchentlich. Intervall sehr schwach, $1^1/_2$ Tage.	Graviditas tubaria. Pat. hat 2. Tage nach der letzten Regel viel getanzt.	Nach dem Tanzen am nächsten Morgen plötzlich wehenartige Schmerzen.	8tägige. sehr starke Blutung, dann etwas geringerer, andauernder Blutabgang.	Seither heftige Schmerzen, besonders in den Hüften.	In der linken Regio hypogastr., ein praller, undeutlich fluktuierender, derber Tumor, nach rechts bis zur Mittellinie, nach links bis zur Beckenwand reichend. Er ragt mit einem prall elastischen Segment ins Becken hinein. Uterus ganz nach rechts gedrängt, dem Tumor breit aufsitzend.	Laparatomie.	Heilung.	Die Diagnose wird bei der Operation bestätigt gefunden.
30	Bolte, l. c. Fall V.	38 J.	5mal, 3mal abortiert, zuletzt vor 3 Monaten.	Letzte Regel vor 8 Tagen, normal.	?	Vor 1 Jahr wurde wegen Schmerzen ein wegen Prolapsus ut. 15Jahr. lang getragen. Ring entfernt, die Schmerzen nehmen jedoch bald wieder sehr zu.	Keine Blutungen.	Sehr starke Schmerzen.	Das kleine Becken ist grossenteils durch einen Tumor ausgefüllt, der nur die linke vordere und seitliche Partie frei lässt. Uterus liegt rechts dem Tumor dicht an, sein linker Rand geht in denselben über. Tumor links unten prall elastisch, hinten höckerig.	Incision im hinteren Scheidengewölbe und Drainage.	Heilung.	
31	Bolte, l. c. Fall X.	31 J.	4mal, zuletzt vor 5 Jahren.	Menses früher regelmässig, 4—5tägig, schmerzlos.	?	In den beiden vorhergehenden Jahren ähnliche Erkrank., die vorübergiengen. Vor 6 Wochen Erkrankung mit Fieber, Schüttelfrost, Übelkeit, Erbrechen.	Seit Beginn der Erkrankung Blutabgang.		Hinter den Uterus ein mannsfaustgrosser, harter, derber Tumor, der mit der hinteren Uteruswand breitbasig zusammenhängt. Bei der Operation findet sich, dass derselbe subperitoneal, intraligamentös liegt.	Laparatomie.	Heilung.	
32	Eigener Fall.	21 J.	0mal.	Regelmässig 3wöch. 8täg., sehr stark und schmerzhaft.	Vor 6 Wochen Überanstreng während der Menses.	Erbrechen, Anämie.	Seit der Erkrankung Metrorrhagie.	Stechende Schmerzen rechts.	Siehe Krankengeschichte.	Exspectativ.	Resorption.	